

<https://helda.helsinki.fi>

---

## Akuutti paksusuolen pseudo-obstruktio - keisarileikkauksen harvinainen komplikaatio

Kurra, Venla

2018

---

Kurra , V , Vahtera , V , Ronkainen , J & Tihtonen , K 2018 , ' Akuutti paksusuolen pseudo-obstruktio - keisarileikkauksen harvinainen komplikaatio ' , Duodecim , Vuosikerta. 134 , Nro 2 , Sivut 142-145 . < <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14117> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/300580>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

Venla Kurra, Vuokko Vahtera, Johanna Ronkainen ja Kati Tihtonen

# Akuutti paksusuolen pseudo-obstruktio – keisarileikkauksen harvinainen komplikaatio

Paksusuolen akuutti massiivinen ei-obstruktiivinen laajeneminen (pseudo-obstruktio) eli Ogilvien oireyhtymä liittyy tavallisimmin yleistilaa huonontavaan sairauteen tai kirurgiaan. Keisarileikkauksen jälkeen kehittyvä pseudo-obstruktio tunnistetaan harvinaisuutensa vuoksi huonosti. Oireyhtymä saattaa laueta spontaanisti tai konservatiivisin hoitokeinoin, mutta se voi pitkittyessään aiheuttaa paksusuolen iskemiaa ja puhkeaman ja vaatia leikkaushoidon. Tilaan liittyvän sairastavuuden ja kuolleisuuden vuoksi sitä tulisi osata epäillä, jos leikatun potilaan suolilama pitkittyy tai on luonteeltaan epätyypillinen.

**S**uomessa keisarileikkaus tehdään noin 16 %:lle synnyttäjistä. Vaikka toipuminen tavallisesti sujuu ongelmitta, esiintyi suomalaisessa aineistossa leikkaukskomplikaatioita 27 %:lla ja vakavia komplikaatioita 10 %:lla (1,2). Tavallisimpia komplikaatioita, kuten leikkauksalueen viereisten elinten vaurioita, veren vuotoja ja infektioita, osataan useimmiten epäillä ja hoitaa oikea-aikaisesti. Suolen toiminnan lamaantuminen on tavallista keisarileikkauksen jälkeen, ja se laukeaa usein muutamissa päivissä liikkeelle lähdön ja opioidipohjaisen kipulääkityksen vähentämisen myötä. Joskus apuna käytetään rektaaliputkea, ulostuslääkkeitä sekä suolen motiliteettia lisäävää lääkitystä.

Akuutissa paksusuolen pseudo-obstruktiossa paksusuolen laajeneminen erityisesti umpisuolen ja koolonin oikean puolen alueella ilman mekaanista tukosta altistaa suolen iskemialle ja puhkeamiselle. Oireyhtymään liittyvä puhkeamariski on keskimäärin 10–20 %, mutta synnytyksen jälkeen sairastuneiden joukossa jopa 43 % (3,4). Tärkeintä oireyhtymään liittyvien komplikaatioiden ehkäisyssä on epäilyn pohjalta syntynyt oikea-aikainen diagnoosi.

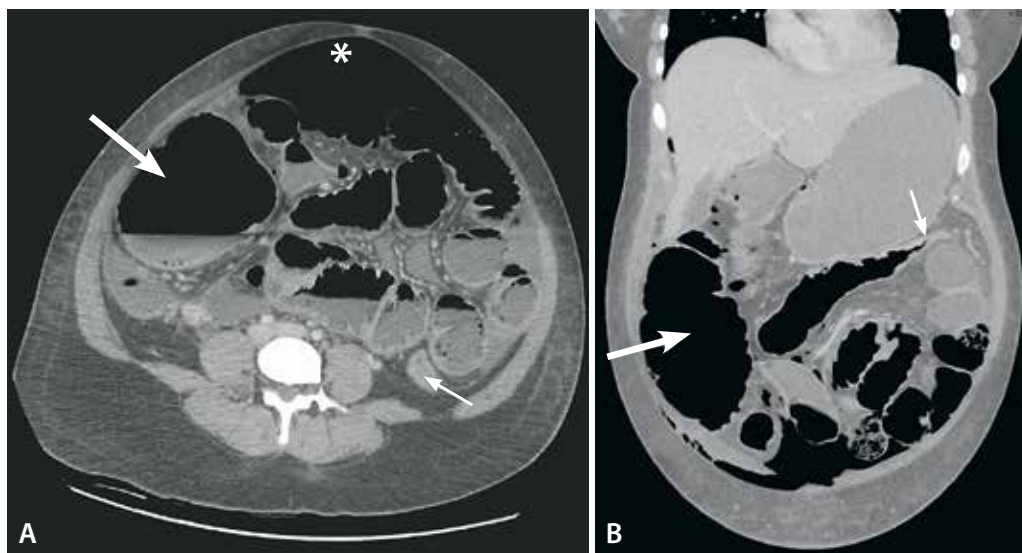
## Oma potilas

Potilaamme oli 35-vuotias ensisynnyttäjä, jonka monokoriaalinen, diamnialainen kaksosraskaus oli edennyt normaalisti. Raskausviikolla 34 + 4 potilaalle tehtiin keisarileikkaus sikiökalvojen puhkeamisen ja A-sikiön

perätilan vuoksi. Toimenpiteen kulku oli ongelmaton. Leikkauksen jälkeen kivunhoidoksi annettiin klinikan hoito-ohjeistuksen mukaan parasetamolia (1 g x 3) sekä pitkävaikutteisen oksikodonin (10 mg) ja naloksonin (5 mg) yhdistelmävalmistetta kahdesti vuorokaudessa. Ensimmäisen vuorokauden ajaksi hän sai myös omäsäätoisen kivunlievityksen eli PCA-kipupumpun (patient controlled analgesia), jolla hän sai itse annostella suoneensa lyhytvaikutteista opioidia (2 mg oksikodonia kymmenen minuutin välein).

Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilaalle ilmaantui oikeanpuoleista ylävatsakipua ja närvästystä. Hänen yleisvointinsa oli kuitenkin hyvä. Vatsa todettiin hyvin kaasutäyteiseksi mutta pehmeäksi, ja suoliäänet kuultiin normaaleina. Potilas itse epäili kipua lihasperäiseksi. Tilannetta pidettiin leikkauksen jälkeisenä suolitukoksena, ja sitä hoidettiin aktiivisella mobilisoinnilla, rektaaliputkella, ulostuslääkkeillä sekä vähentämällä opioidilääkitystä. Seuraavien kahden vuorokauden ajan vatsakivut jatkuivat kouristuksenomaisina oikeassa kylkikaareessa ja selässä sekä liikkuesssa, ja ne pahenivat yöaikaan. Vatsassa oli edelleen runsaasti ilmaa, ja suolikaasuja tuli niukasti rektaaliputken kautta. Potilaan yleistila oli kuitenkin hyvä. Pitkävaikutteinen opioidilääkitys päästiin purkamaan kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä, minkä jälkeen parasetamoli riitti kipulääkkeeksi.

Neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas oksensi kertaalleen ja vatsakipu voimistui. Vatsa pömpötti edelleen ja aristi lähinnä oikealta puolelta, mutta peritonismia ei havaittu. Suoliäänet olivat vilkkaat. Suolitukoksen konservatiivista hoitoa jatkettiin asettamalla nenä-mahaletku, jonka kautta purkautui runsaasti mahan sisältöä. Tämän jälkeen suolentoimintakin käynnistyi, ja potilas ulosti toistuvasti ensin normaalia ja myöhemmin löysää ulostetta.



**KUVA.** A) Aksiaalikuoron varjoainetehosteisessä TT:ssä nähdään laajentunut nouseva (paksu nuoli) ja supistunut laskeva paksusuoli (ohut nuoli). Lisäksi vapaata kaasua vatsaontelossa (tähti) merkinä suolen puhkeamasta. B) Koronaalikuoron TT:ssä paksusuoli kapenee pernamutkan alueella (ohut nuoli) ilman tukkivaa muutosta. Laajentunut kaasutäyteinen nouseva paksusuoli (paksu nuoli).

Viidentenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilaan yleistila ja subjektiivinen vointi olivat kohentuneet. Vatsakipu oli helpottanut, joskaan ei hävinnyt. Vatsan statuslöydökset olivat ennallaan, ja nenä-mahaletku jätettiin paikalleen seuraavaan aamuun. Illalla vatsakipu kuitenkin jälleen paheni, ja uutena oireena ilmaantui oikeanpuoleista hartiapistosta. Kliinisessä tutkimuksessa oikealla ylävatsalla todettiin peritonismia, ja laboratoriotutkimuksissa C-reaktiivisen proteiinin pitoisuus oli poikkeuksellisen suuri, 475 mg/l. Löydös johti pikaiseen vatsan tietokonetomografiaan (TT), jossa todettiin laajentunut proksimaalinen paksusuoli, joka kaventui pernamutkaa (flexura coli sinistra) kohti ilman tukkivaa muutosta, sekä vapaata kaasua vatsaontelossa suolen puhkeaman merkinä (KUVA). Samana iltana tehdyssä laparotomiassa todettiin laajentunut ja nekroottinen oikeanpuoleinen paksusuoli ja umpisuolen puhkeama.

Potilaalle tehtiin laajennettu oikeanpuoleinen hemikolektomia ja ileokolinen anastomoosi käsisaumalla läpimitaltaan normaalin poikkitaian paksusuolen puolelta. Leikkauksesta toipuminen sujui ongelmitta, ja potilas kotiutui noin viikon kuluttua suolileikkauksesta. Myöhemmin valmistunut patologin lausunto varmisti paksusuolen massiivisen ei-obstruktiivisen laajenemisen ja suoli-iskemian aiheuttaman umpisuolen puhkeaman.

## Pohdinta

Paksusuolen akuutti pseudo-obstruktio liittyy tyypillisimmin yleistilaa huonontavaan sairau-

teen, suolen toimintaa lamaavaan lääkitykseen tai kirurgiaan. Esimerkiksi sydänkirurgian yhteydessä esiintyvyys on 5 % ja ortopedisten leikkauksien yhteydessä 1–2 %, mutta keisarileikkauksen jälkeinen esiintyvyys on vain 1/1 500 (3,5). Oireyhtymän synty on monitekijäinen, mutta vallitsevan teorian mukaan se on seurausta autonomisen hermoston toiminnallisesta epätasapainosta, jossa sympaattisen hermoston yliaktiivisuus ja parasympaattisen hermoston vaimeneminen johtavat suolen peristaltiikan lamaantumiseen ja tukosoireistoon. Myötävaikuttavina tekijöinä saattavat toimia erilaiset tulehdusvälittäjäaineet sekä metaboliset ja hormonaaliset tekijät (3). Leikkauspotilaille pseudo-obstruktio kehittyy tyypillisesti 2–12 vuorokautta leikkauksen jälkeen.

Tavallisen leikkauksen jälkeisen suolilaman tapaan oireyhtymän vallitsevia oireita ovat ilman runsaus vatsassa, ummetus ja pahoinvointi. Sen sijaan kipu on suolilaman yhteydessä epätyypillistä, ja sen tulisikin herättää epäily muusta etiologiasta. Keisarileikkauksen jälkeen huomion saattaa myös herättää vatsan poikkeavan pyöreä pallomainen muoto, niin sanottu ”O-sign” (6). Peritoneaalisen ärsytyksen merkit ja yleistilan huononeminen ilmaantuvat vas-

ta suolen puhjettua.

Vatsan TT:tä tulisi harkita epäilyn herättyä. Vatsan natiiviröntgenkuvausta ei tulisi käyttää sen vähäisen diagnostisen arvon ja hyötyyn nähden suhteellisen suuren säderasituksen vuoksi. Tyypillisessä paksusuolen pseudo-obstruktiossa havaitaan huomattavasti laajentunut paksusuoli, joka kaventuu pernamutkan seudussa ilman tukkivaa muutosta (7). Puhkeaminen tapahtuu herkimmin umpisuolella seinämän venymisen ja painevaikutuksen seurauksena (8).

Paksusuolen akuutin pseudo-obstruktion alkuhoito on sama kuin suolilamankin. Yhdysvaltalaisen endoskopiayhdistyksen suosituksen mukaan konservatiivista hoitoa – suolitukokselle altistavien lääkitysten (opioidit, antikolinergit) lopettamista, mobilisaatiota, tarvittaessa nenä-mahaletkua ja rektaaliputkea, suonensisäistä nesteytystä sekä elektrolyyttipitoisuuksien korjaamista – voidaan kokeilla kahden vuorokauden ajan (9).

Mikäli tilanne ei laukea tai umpisuolen paksuus on TT:ssä yli 12 cm, voidaan gastrokirurgin harkinnan mukaan joskus antaa parasymptomimeettisesti vaikuttavaa neostigmiiniä 2 mg:n kerta-annoksena laskimoon. Bradykardiakin vuoksi hoidon antaa aina siihen perehtynyt lääkäri erikoissairaanhoidossa monitorivonnassa. Mikäli neostigmiinihoito epäonnistuu, voidaan kokeilla paksusuolen tähtystystä ja nousevaan kooloniin kolonoskopiassa asetettua dekompressioletkua, jotka laukaisevat tilanteen jopa 80 %:ssa tapauksista (9). Suolen puhkeaman hoito on aina kirurginen.

Potilaamme on yksittäistapaus yleensä terveiden ja keisarileikkauksesta nopeasti toipuvien potilaiden joukossa. Paradoksaalisesti tämä johti osaltaan diagnoosiviiveeseenkin. Toipuminen ajoittui viikonloppuun, mikä henkilökunnan vaihtuvuuden lisäksi saattoi hämärtää käsitystä epätavallisen hitaasta toipumisesta. Lisäksi verraten hyvä yleistila ja vaihteleva kiputilanne harhauttivat uskomaan synnyttäjän toipumiseen. Kliinisissä löydöksissä suoliäänten kuuluminen vahvisti tätä käsitystä, vaikka käsitykset suoliäänten kuuntelun hyödyistä leikatun potilaan suolen toiminnan arvioinnissa ovat ristiriitaisia (10,11). Vasta kun vatsakalvotulehdus kehittyi, potilaan oireet pahenivat ratkaisevasti ja herättivät epäilyn, ettei kyseessä sittenkään ollut ”tavanomainen” leikkauksenjälkeinen suolitukos.

## Lopuksi

Leikkauksen jälkeen poikkeavasti kipuileva, huonosti toimiva ja turpoava vatsa on gastrokirurgin konsultaation aihe, ja vatsan kuvantamista tulee harkita. Etiologiasta riippumatta suolitukostilanteen pitkittyessä veriarvoja ja nestetasapainoa tulisi seurata päivittäin. Näennäisesti hyvä ja odotettu hoitovastekin voi peittää alleen hälyttäviäkin oireita, jolloin ”puut katoavat metsältä”. Hälytysmerkkien havaitseminen on vaativaa niin lääkärille kuin muullekin hoitohenkilökunnalle ja edellyttää potilasta hoitavien henkilöiden aktiivista vuoropuhelua. ■

**VENLA KURRA, LL, naistentauteihin ja synnytyksiin erikoistuva lääkäri**

**KATI TIHTONEN, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, apulaisylilääkäri**

Tays, naistentautien ja synnytysten vastuualue

**VUOKKO VAHTERA, LL, vatsaelinkirurgian erikoislääkäri**

Tays, gastroenterologian vastuualue,

Päijät-Hämeen Keskussairaala, operatiivinen tulosalue

**JOHANNA RONKAINEN, LT, radiologian erikoislääkäri, apulaisylilääkäri**

Tays, radiologian vastuualue, alueellinen kuvantamiskeskus ja apteekkiliikelaitos

## SIDONNAISUUDET

**Venla Kurra:** Ei sidonnaisuuksia

**Vuokko Vahtera:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Bbraun, Olympus)

**Johanna Ronkainen:** Ei sidonnaisuuksia

**Kati Tihtonen:** Ei sidonnaisuuksia

## KIRJALLISUUTTA

1. Pallasmaa N, Ekblad U, Aitokallio-Tallberg A, ym. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89:896–902.
2. Saisto T, Halmesmäki E. Keisarileikkauksen riskit. *Duodecim* 2003;119:593–8.
3. Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: a systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol* 2017;23:5634–44.
4. Jayaram P, Mohan M, Lindow S, Konje J. Postpartum acute colonic pseudo-obstruction (ogilvie's syndrome): a systematic review of case reports and case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;214:145–9.
5. Reeves M, Frizelle F, Wakeman C, ym. Acute colonic pseudo-obstruction in pregnancy. *ANZ J Surg* 2015;85:728–33.
6. Hinkson L, Faensen AL, Armbrust R, ym. The O-sign: early recognition of O-shaped abdominal distension avoids drastic surgical intervention in ogilvie syndrome after caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;204:126–7.
7. Choi JS, Lim JS, Kim H, ym. Colonic pseudoobstruction: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190:1521–6.
8. Jain A, Vargas HD. Advances and challenges in the management of acute colonic pseudo-obstruction (ogilvie syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25:37–45.
9. Durai R. Colonic pseudo-obstruction. *Singapore Med J* 2009;50:237–44.
10. Read TE, Brozovich M, Andujar JE, ym. Bowel sounds are not associated with flatus, bowel movement, or tolerance of oral intake in patients after major abdominal surgery. *Dis Colon Rectum* 2017; 60:608–13.
11. Breum BM, Rud B, Kirkegaard T, ym. Accuracy of abdominal auscultation for bowel obstruction. *World J Gastroenterol* 2015;21:10018–24.

## SUMMARY

### Acute colonic pseudo-obstruction following caesarean section

Acute colonic pseudo-obstruction is commonly associated with severe illness or surgical procedures, including caesarean section. The syndrome is characterized by massive colonic dilatation with symptoms of bowel obstruction in the absence of mechanical cause. Condition may resolve spontaneously, by conservative treatment or by colonoscopic decompression but it may result in colonic ischemia and perforation requiring surgical treatment. Awareness of the syndrome should be recalled since it is associated with significant morbidity and mortality.